

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

保険者番号	3	9	0	3				個人番号												
被保険者番号								被保険者 氏 名												
公費負担番号																				
公費受給者番号								生年月日	明・大・昭	年	月	日								
診療年月								入院・外来 割合	療養期間				年	月	日	から				
診療日数															年	月	日	まで		

種 類															
傷 病 名															
診療を受けた医療 機関等の所在地															
診療を受けた医療 機関名又は施術師															
支給申請をした 理 由															
発病又は負傷の 理 由	1：第三者行為(交通事故等)							2：その他(自損事故・疾病等)							

療養に要した費用額								食 事 回 数							
審 査 認 定 額								療養に要した費用額							
一 部 負 担 金								食 事 標 準 負 担 額							
支 給 金 額															

該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先 口 座		銀 行 信用金庫 農 協 ()	支 店 支 所 出 張 所 ()	預 金 種 別	普 通 当 座	
	口座番号					
	カタカナ					
	口座名義人					

口座番号は右詰めで記載してください。カタカナは左詰め、濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 ー

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____